TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr E. PETIT

PARIS

—

1907

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr E. PETIT

PARIS
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS



1907

TITRES SCIENTIFIQUES

Chef de clinique de la Faculté de Bordeaux. 1900.

Lauréat de la Faculté (*bis*) { 1898. / 1900.

Lauréat des Hôpitaux. 1899.

Major de la Promotion 1899. — Ecole principale de Bordeaux.

Major de la Promotion 1900. — Ecole d'application de Toulon. — Médecin de la Marine démissionnaire.

Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Membre de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux (Secrétaire annuel).

Membre de l'Association Française de Chirurgie.

Enseignement.

Conférences cliniques.—Hôpital Saint-André. 1899-1900.

Conférences cliniques.— Hôpital des Enfants. 1905-1906.

I. — CHIRURGIE GÉNÉRALE

VALEUR DE LA MÉTHODE CHIRURGICALE SIMPLE DANS LA CHIRURGIE INTRATHORACIQUE

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, nos 47, 48, 49. — 1906.)

Ce travail, basé sur des observations personnelles, a comme but de mettre en parallèle avec les méthodes nouvelles — d'accès opératoire sur le thorax, dites *méthodes physiologiques*, parce qu'elles s'inspirent des lois de la physiologie thoracique, la *méthode chirurgicale simple*.

Sans nier la valeur des premières, ce qui serait contraire à tout esprit de progrès, je veux, en attendant que nous puissions les appliquer couramment, dire et leurs inconvénients, et surtout la valeur de la méthode dite chirurgicale, la seule que nous puissions employer en chirurgie d'urgence, et à laquelle nous avons besoin de pouvoir garder notre confiance.

Le pneumothorax est-il, à lui seul, la pierre d'achoppement de la chirurgie thoracique, et la clef des interventions

sur le thorax est-elle simplement l'empêchement de la pénétration de l'air dans la cavité des plèvres?

Non, le pneumothorax n'est pas, au point de vue opératoire, l'ennemi dont la crainte doit obséder le chirurgien. L'ennemi vrai, c'est l'hémorragie, c'est surtout l'infection.

CHAPITRE PREMIER

LES MÉTHODES PHYSIOLOGIQUES

A) *Insufflation pulmonaire.* Méthode la plus ancienne, elle a fait bien des progrès depuis le XVIe siècle, où elle est utilisée par Vésale. Elle entre véritablement dans la pratique chirurgicale en 1894 avec Lambotte (d'Anvers). En 1895, Tuffier et Hallion commencent sur ce sujet toute une série de recherches; Quénu et Longuet contribuent à ces travaux. Mais ces expérimentateurs trouvent peu d'écho dans le domaine de la clinique.

Doyen présente au Congrès de Moscou, en 1897, le soufflet ingénieusement imaginé par lui, permettant de pratiquer la respiration artificielle, ou bien de réaliser isolément, soit l'aspiration pulmonaire, soit l'insufflation pulmonaire.

En France, on répondit peu à ces données nouvelles. En Amérique, on s'enthousiasma d'abord avec Parham. Puis, l'enthousiasme tomba. On reprocha à la méthode d'inverser les temps de la respiration normale. Sauer-

brüch et Quénu constatent, au cours de leurs expériences, la production d'un emphysème dangereux, et de troubles importants dans la circulation pulmonaire. Les chirurgiens américains ont aujourd'hui totalement abandonné la méthode de l'insufflation pulmonaire. Après Keen, Da Costa, Harvey, Cushing et d'autres, Parham lui-même abandonne l'appareil de Fell-O'Dwyer, déclare l'insufflation pulmonaire au moins inutile; et cette déclaration est particulièrement significative sous la plume de Parham.

B) *Méthode de l'hypopression*. La chambre pneumatique de Sauerbrüch est très séduisante. Avec les derniers perfectionnements que lui a apportés son auteur, elle représente un instrument rationnel par lequel les conditions physiologiques de la respiration sont conservées; la chambre pneumatique n'est, en effet, qu'une cavité pleurale agrandie, et le poumon peut y fonctionner à son aise; de même les opérateurs ne sont pas incommodés, puisque la diminution de pression de 10 millimètres de mercure est en somme bien peu de chose : la même que celle que l'on enregistre au sommet de la tour Eiffel.

Je ne répéterai pas ici ce premier reproche adressé à l'appareil : qu'il sépare le chloroformisateur du chirurgien, car en somme un dispositif particulier (installation téléphonique, vitrages, etc.) peut utilement être perfectionné. Mais des reproches plus sérieux sont les suivants : D'abord, le volume, le cubage de cette chambre, son poids considérable, son prix qui en font une installation complexe et peu pratique. A l'heure actuelle, combien y a-t-il dans le monde entier de chambres pneumatiques ?

Combien peut-il y en avoir demain? Cette instrumentation représente vraiment un haut luxe chirurgical que ne pourront se permettre que quelques cliniques favorisées; et, du reste, admettre sa nécessité serait rayer d'un trait de plume toute la chirurgie d'urgence du thorax, chirurgie que souvent le praticien est appelé à pratiquer sur l'heure et en tout milieu chirurgical.

Nous admettons que cette instrumentation représente un idéal séduisant parfait quand on peut le réaliser, mais nous rejetons les déclarations de nécessité, ne serait-ce que pour l'effet de découragement qu'elles peuvent avoir.

C) *Méthode de l'hyperpression.* Nous offre un appareil qui semble beaucoup plus pratique que celui de la méthode de l'hypopression. C'est le dispositif de Braüer (de Marbourg) plus simple, moins encombrant, moins pesant, plus facile à manœuvrer, d'un prix de revient moins élevé. Le chloroformisateur n'est pas séparé du chirurgien.

Mais c'est le principe même de la méthode de l'hyperpression qui est attaqué, la respiration dans l'air comprimé, à cause de l'augmentation de pression qu'elle entraîne dans la petite circulation et du surmenage du cœur droit. L'objection est d'un poids considérable. Et, en somme, l'appareil de Braüer, comme la chambre pneumatique de Sauerbrüch, nous paraît devoir être considéré comme un dispositif d'exception et du reste inutile.

M. Vidal (d'Arras) imagine, pour réaliser la surpression constante, un appareil de fortune extrêmement ingé-

nieux et bien compris. Pour si simple que soit cette instrumentation, si on la compare à celle de Sauerbrüch ou de Braüer, elle n'en est pas moins complexe. Pour ma part, je ne vois pas pratiquement le chirurgien en devoir d'improviser tout un mécanisme de fortune avec soufflerie, tuyaux, siphons, etc., alors que surgit une indication précise, commandant une chirurgie d'urgence, comme le fait se produit le plus souvent dans la chirurgie cardio-pulmonaire.

CHAPITRE II

LES INDICATIONS

Dans les *plaies du poumon*, en outre de l'indication opératoire en elle-même, qui existe ou n'existe pas, nous considérons l'indication du mode opératoire.

L'expansion du poumon, par hypopression ou hyperpression, est-elle utile à la recherche d'une plaie de cet organe? Non. Il suffit que la thoracotomie soit assez large pour que la main puisse efficacement explorer la surface viscérale, si quelque difficulté se rencontre, il suffit, à l'exemple de Garré, de tirer sur le poumon, de l'amener au dehors pour pouvoir explorer et suturer à son aise; cependant que, par cette fixation au dehors du poumon lésé, le médiastin lui-même est fixé, et l'effet néfaste du pneumothorax efficacement compensé. Nous nous rallions,

en effet, à la théorie de Garré pour l'explication des troubles fonctionnels qu'entraîne le pneumothorax.

Les méthodes physiologiques sont ici inutiles.

Le thorax doit être ensuite exactement refermé et vidé de l'air qu'il contient, soit par aspiration, soit par siphonage (Méthode de Delagenière).

Dans les *plaies du diaphragme* les interventions sont faites par la voie transpleurale; dans ce cas, les méthodes physiologiques présentent de réels inconvénients et dangers. Par la méthode de l'hyperpression, le poumon dilaté vient recouvrir le dôme diaphragmatique et y rendre difficile toute exploration. La méthode de l'hypopression est ici formellement contre-indiquée. Une aspiration, si légère qu'elle puisse être, ne peut avoir ici comme effet que favoriser, sinon déterminer, l'issue des viscères abdominaux, qui n'ont déjà que trop de tendance à faire hernie au travers de la plaie diaphragmatique.

Mêmes considérations au sujet des interventions pratiquées sur cette zone thoraco-abdominale.

Dans la *chirurgie du cœur et du péricarde*, l'emploi des appareils de Sauerbrüch, de Braüer, ne nous semble aucunement nécessaire. Encore une fois, c'est un idéal, mais on peut s'en passer, et faire de bonne chirurgie avec les moyens simples dont dispose tout chirurgien. Il faut le dire pour conserver au chirurgien la confiance dont il a besoin pour décider et conduire ces interventions audacieuses qui sont une des plus brillantes et précieuses conquêtes de la chirurgie moderne.

Intérêt des statistiques de Suter, de Shermann, qui

montrent les mauvais résultats, exception faite des cas désespérés, imputables à l'infection.

CHAPITRE III

CE QUE DISENT LES CHIRURGIENS

Mon maître Fontan dit :

« Dans la plupart de mes cas malheureux, le pneumathorax, même massif, n'a pas paru participer aux causes de la mort. »

Il nous apparaît cependant que le pneumothorax massif doive être dangereux ; non pas en tant que pneumothorax, mais par ce fait qu'il entraîne dans la cavité pleurale un mouvement constant, un véritable *brassage d'air* qui est fait pour faciliter l'infection. Si donc nous pensons qu'il faille craindre le pneumothorax massif, c'est parce qu'il est un facteur de l'infection.

M. Doyen pense également que la rapidité et l'adresse de l'intervention sont les meilleures garanties du succès ; M. Delagenière, champion en France de la méthode chirurgicale simple, — dite aussi du reste Méthode de Delagenière — a fait sur le pneumothorax opératoire des travaux restés classiques. Il est lui aussi de ceux qui ne le craignent pas, à la condition qu'il ait été provoqué *lentement* ; à la condition que l'on pratique le *harponnage* et *l'ancrage* du poumon dans la plaie opératoire. L'opération est terminée par l'aspiration de l'air empri-

sonné dans la plèvre. M. Delagenière considère ainsi la question du pneumothorax chirurgical comme résolue. Reste la question de l'infection. Ici, il s'attarde, en raison de l'importance de ce facteur, le seul qu'il craigne, lui aussi, véritablement. C'est pour lutter contre lui qu'il pratique son drainage du sinus costodiaphragmatique.

CHAPITRE IV

CE QUE DISENT LES EXPÉRIMENTATIONS — LES STATISTIQUES

Les données expérimentales fournies sur la question du pneumothorax chirurgical, par Murphy, Thiel, et surtout Garré, consacrent pleinement ce que la clinique nous montre par ailleurs. La *théorie médiastinale* de Garré est celle qui satisfait le mieux les esprits, en attribuant les troubles respiratoires du pneumothorax non pas à un collapsus, non pas à un déplacement du cœur et des gros vaisseaux, non pas à un affaissement de la veine cave, mais bien à une déformation de la cloison médiastinale, laquelle, avec le jeu respiratoire, se laisse alternativement attirer et repousser d'un côté et de l'autre, gênant ainsi considérablement le jeu normal du poumon sain.

Statistiques de Suter, de Shermann sur la chirurgie cardio-pulmonaire.

Statistique de Borchardt.

Déclaration de Parham, de Willems.

CHAPITRE V

FAITS CLINIQUES

Plaie pénétrante de poitrine par coup de couteau. — Hémo-pneumothorax droit. — Hémo-péricarde. — Volet de Fontan à droite. — Mort par infection préalable.

Figure ici, dans le travail original l'observation complète, avec opération, examen cytologique du sang. — Constatations nécropsiques.

Je reproduis ici la courbe de température (fig. 1) très importante dans ce débat.

Cette observation est intéressante d'abord au point de vue purement opératoire à cause de la situation du volet qui a été pratiqué à droite. En effet, il s'agissait ici d'une plaie de l'hémithorax droit ayant entraîné des lésions au niveau de la zone cardiaque ; et pour atteindre cette zone, pour arriver au cœur, aux gros vaisseaux, au péricarde, c'est à droite que fut pratiqué le volet à charnière externe. Le jour fut pleinement suffisant ; on avait fort commodément sous l'œil et sous le doigt toute la partie droite de la région cardiaque.

Cette observation est intéressante encore pour le type clinique que l'on y trouve de l'hémo-péricarde. Sans doute, cet épanchement de sang dans le péricarde a été décrit ; mais on a rarement occasion de constater cet ensemble de symptômes qui se présente ici avec une

physionomie si caractéristique. L'oppression, les phénomènes respiratoires anormaux; le pouls serré, se précipitant, puis devenant irrégulier et comme paradoxal;

Tableau donnant la courbe de température

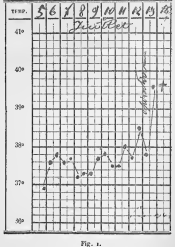


Fig. 1.

cette angoisse précordiale, qui va jusqu'à la syncope, s'accompagne de douleur intense localisée au creux épigastrique, et s'aggrave de cette sensation affreuse qui

enserre la poitrine d'un cercle de fer; puis le déplacement de la pointe; et enfin, à l'auscultation, ce bruit si particulier de la roue de moulin; il y a là un tableau du plus haut intérêt clinique, surtout si on note encore la façon dont tous ces symptômes s'évanouissent après la ponction du péricarde.

L'hémo-péricarde était démontré complètement.

Le blessé fut opéré au neuvième jour, succomba le lendemain; et je m'attache à démontrer par l'étude approfondie des faits et symptômes cliniques qu'il succomba non pas au pneumothorax, mais à l'infection.

Etude de la courbe de température.

Etude de l'analyse du sang faite la veille de l'opération.

Suit l'observation au complet. J'en reproduis seulement ici, pour son importance dans la discussion, la courbe de température (fig. 1).

Dans l'observation du jeune officier qui présentait un coup de feu de poitrine, le chirurgien eut la main forcée par la gravité des accidents, et l'intervention fut pratiquée d'urgence. Un volet, comprenant seulement deux côtes, la troisième et la quatrième, donna un jour très suffisant sur la zone de la base du cœur; il succomba au troisième jour.

Doit-on incriminer le pneumothorax? Il était ici contemporain de l'accident primitif: le coup de feu avait déterminé un hémopneumothorax préopératoire, et il est peu vraisemblable que l'intervention en elle-même en eût pu augmenter la gravité. Du reste, le blessé, pendant les trois jours qu'il a survécu, n'a pas présenté de phé-

nomènes dyspnéiques de cet ordre. Nous avons au contraire relevé l'apparition de phénomènes broncho-pneumoniques au niveau des deux poumons ; et l'enquête à laquelle nous avons procédé dans la suite nous a appris

Courbe de température.

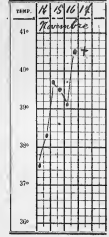


Fig. 2.

comment ce jeune homme avait été exposé à toutes les causes de congestion bronchitique pendant une nuit froide

passée entièrement dehors jusqu'à sept heures du matin, moment de l'accident.

Ce blessé, comme beaucoup d'autres, a très bien supporté son pneumothorax, mais il s'est moins bien défendu contre la broncho-pneumonie; moins bien défendu contre l'hémorragie. Ces deux facteurs ont à eux seuls suffi à préparer le dénouement fatal.

Cet opéré est mort d'infection. Infection généralisée dont nous suivons indiscutablement la marche en examinant la courbe de température : le soir même de l'accident et de l'intervention, le thermomètre marque 38 3. Le lendemain, il monte à 39°7, et le malade succombe le surlendemain avec une température de 40°5 (fig. 2).

Il y a là infection, et infection préopératoire.

CHAPITRE VI

Dans les deux cas, les opérés ont succombé à l'infection, et à l'infection préalable.

Le pneumothorax s'est manifesté dès le début, il a été dans les deux cas contemporain de l'accident, et cependant les troubles qu'il a pu occasionner sont restés constamment au second plan. Si le pneumothorax a pu participer aux causes de la mort, cela n'a été que d'une façon secondaire et uniquement par la façon dont il a pu favoriser l'infection.

Plus important a paru être le facteur hémorragie par

la façon dont il a débilité le sujet et préparé le terrain au développement des germes pathogènes.

Si nous devons craindre le pneumothorax, nous devons le craindre surtout parce qu'il facilite l'infection par le brassage intra-pleural de l'air.

Nous devons craindre beaucoup plus l'hémorragie soit parce qu'elle tue sur l'heure, soit parce qu'elle prépare les voies à l'infection.

Nous devons craindre plus encore cette infection elle-même. L'infection, c'est l'ennemie, c'est elle qui tue la plupart de nos opérés.

Nous concluons à la valeur idéale des méthodes dites physiologiques quand on peut les réaliser, mais aussi à la réhabilitation de la chirurgie d'urgence, en la clarté de ses principes, en la simplicité de ses appareils.

Nous disons au chirurgien : *Faites vite, largement, proprement surtout, et ayez confiance.*

Adénite génienne commissurale.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907.)

En 1903, j'eus occasion d'observer et d'opérer une adénite d'une localisation particulièrement intéressante.



Fig. 3. — Adénite génienne commissurale.

Les adénites géniennes, dites adénites de Poncet, sont connues depuis quelques années déjà, grâce aux

travaux de l'Ecole de Lyon. — Vigier, L.-H. Petit, Albertin. — Elles sont restées cependant affections rares. Vigier proposant sa classification des adénites de la joue ou adénites : 1° *massetérines*, 2° *commissurales* et 3° *molaires*, insiste sur ce fait que la seconde variété a été rencontrée encore plus rarement que les autres.

M. Princeteau, de Bordeaux, propose une classification nouvelle des ganglions de la joue ou ganglions : 1° *buccaux*, 2° *sus-maxillaires*, 3° *intra-maxillaires*, 4° *commissuraux*, et donne ce dernier groupe comme tout à fait exceptionnel. Dans les 70 cas d'adénites géniennes qu'il a pu réunir, il ne cite qu'une seule observation d'adénite commissurale.

C'est une adénite génienne commissurale qu'il me fut donné de constater et d'opérer, dans les conditions que je relate ici à grands traits.

Un grand garçon de 22 ans se plaint de lésions herpétiques récidivantes au niveau de la lèvre supérieure. Depuis des mois il en est affecté, et chaque fois que ces petites érosions muqueuses réapparaissent, réapparaît également un bouton sur la joue droite, au voisinage du coin des lèvres. Chaque fois que les lésions guérissent, le bouton guérit, à la suite; chaque fois que les lésions se manifestent de nouveau, le bouton s'enflamme à nouveau.

Je constate, sur la joue droite, à 10 millimètres en arrière de la commissure labiale, à 2 millimètres au-dessous de la ligne horizontale passant par la fente labiale, une petite tumeur grosse comme un pois, rouge, présentant une petite ulcération à son sommet (fig. 3). Elle est

mobile sur la couche musculaire profonde (orbiculaire des lèvres), est adhérente au derme.

La pression la vide d'une gouttelette de pus.

Le diagnostic d'adénite génienne est pressenti.

Extirpation à la cocaïne.

Examen de la pièce : le diagnostic histologique dit adénite, de par la présence nette du tissu ganglionnaire caractéristique.

Conservation dans le traitement des traumatismes des membres et septicémie gazeuse.

(*Bulletins de la Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 1905.)

Ce mémoire fut présenté à l'appui de ma candidature au titre de Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. — J'y envisage la doctrine contemporaine de la conservation dans la chirurgie des membres à la suite des grands traumatismes, doctrine telle qu'elle ressort des discussions qui ont eu lieu ces dernières années dans les sociétés savantes.

Et sans vouloir discuter ses grandes lignes, j'émets cette idée que nous avons peut-être tendance à l'heure actuelle à être trop absolus et à perdre de vue les quelques contrindications de cette chirurgie conservatrice.

Je rapporte avec les détails circonstanciés nécessaires un fait qui m'est personnel dans lequel je perdis, et de septicémie gazeuse, un blessé chez lequel j'avais fait,

sans hésitation, la conservation des membres. Les grands traits de l'observation sont les suivants :

En 1901, pendant l'hiver rigoureux de la campagne de Chine, je donne mes soins à un jeune sergent qui présente un coup de feu de la main, avec plaie pénétrante au niveau de la région palmaire interne et éclatement des métacarpiens.

Je fais, après lavages, après toilette minutieuse, les résections et régularisations de coutume, de la chirurgie conservatrice.

L'après-midi se passa bien; le soir, le blessé était tranquille : température 37°9, pouls, 80; urines normales.

Le lendemain, rien à signaler; le pansement fut refait; il était peu souillé : température, 37°4; pouls, 74; urines claires à 500 grammes.

Le surlendemain au matin, le blessé se plaignait de quelques douleurs dans la main gauche et l'avant-bras; le pansement fut défait et refait, rien à noter.

Dans la journée, l'apyrexie se maintenait, les douleurs du matin se calmaient; rien de particulier n'attira l'attention jusqu'au soir.

Or, le lendemain matin, à la visite, j'apprenais avec stupéfaction que le blessé avait succombé dans la nuit. Le soir, il s'était de nouveau plaint, puis progressivement avait apparu un délire loquace, sans fièvre. A minuit, les infirmiers virent que le « bras enflait », puis, le cou : à quatre heures du matin, le blessé avait succombé. Le cadavre « grossissait à vue d'œil » et fut emporté immédiatement à la salle de repos par le personnel effrayé.

Je m'y rends aussitôt et vois sur la table une masse

énorme, arrondie comme un tonneau ; un cadavre bouffi, tuméfié et je puis constater et analyser les lésions de la septicémie gazeuse suraiguë de Pasteur.

Quelle est ici la responsabilité du chirurgien? — Devais-je amputer? Quand et comment? — Imbu de la doctrine de la conservation, j'avais dès le principe écarté cette idée. Bien souvent déjà j'avais vu des plaies par coup de feu beaucoup plus vilaines, esquilleuses, anfractueuses et salies, guérir sans accidents après la toilette chirurgicale, les cautérisations, les débridements larges que nous pratiquons de nos jours ; et, dans le cas particulier, la jeunesse et la vigueur du sujet, l'absence de choc et d'hémorragie n'étaient pas pour m'inciter à modifier ma ligne de conduite.

Cependant certains faits plaidaient en faveur de l'amputation : ce sergent vivait depuis des semaines, monté sur un chameau du Thibet, énorme bête à la fourrure très longue, touffue, agglomérée de toutes les souillures du sol et chargée de poussières. D'autre part, la petite troupe de soldats convoyeurs qu'il commandait, endurait depuis des jours bien des fatigues dans les plaines glacées, par des froids intenses. Il est certain que ce furent là les causes des accidents septiques qui se déroulèrent si rapidement.

Quoi qu'en disent les statistiques décourageantes de Sallerin, de Thiery, il est certain que dans quelques cas l'amputation primitive pratiquée à temps et assez haut peut sauver le blessé ; les faits déjà anciens de Maison-

neuve, Le Dentu, Reclus et d'autres plus récents en attestent.

Dans le cas que je relate dans ce mémoire une amputation faite dès la première heure m'eût donné de nombreuses chances de survie, surtout si elle eût été faite haute.

Je propose, en conclusion, que la doctrine de la conservation dans les traumatismes des membres, tout en restant notre guide, ne soit pas élevée à la hauteur d'un principe indiscuté, d'une loi sans appel. Aussi longtemps que nous trouverons dans le sol le « vibrion septique de Pasteur », nous devrons redouter ses méfaits. L'amputation primitive a donc encore quelques indications : dans la chirurgie de guerre en particulier, chez des blessés éprouvés par les fatigues et les froids des grands hivers septentrionaux.

La septicémie gazeuse est, de nos jours, un fait rare, mais elle existe encore, et nous devons compter avec elle, si nous ne voulons nous exposer à ses retours offensifs les plus dramatiques et inattendus.

Résultats éloignés de l'Eversion de la Vaginale dans l'Hydrocèle ancienne.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907.)

En 1903, j'opérais une hydrocèle vaginale chez un sujet qui en était porteur depuis une trentaine d'années. A plusieurs reprises le traitement par la ponction avec injection iodée avait été mis en œuvre, mais sans résultat. A la demande du malade, malgré mon peu de conviction, ce traitement fut encore essayé une fois entre mes mains; aucun résultat durable. Un mois plus tard, je lui fis le traitement opératoire, non pas que j'eusse quelque doute sur l'état de la glande; l'allure de la maladie, l'état du sujet ne m'incitaient à aucune suspicion de ce côté, mais parce que la longue durée de l'affection, les échecs successifs de la ponction commandaient l'intervention. Et je fis l'Eversion de la vaginale, pour avoir eu des accidents hémorrhagiques nés dans l'épaisse tranche de vaginale que laisse le résection de cette séreuse, et parce que cette opération, simple et rapide, met plus sûrement à l'abri de blessure de l'épididyme.

Résultats immédiats excellents.

Résultats éloignés : je publie cette observation pour l'excellence des résultats éloignés qui sont exposés dans le travail original.

Elongation des Nerfs et Acupuncture.

(Communication faite à la *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, juin 1906.)

De mes documents et recherches personnelles au sujet de l'Acupuncture telle que la pratiquent les Médecins diplômés de l'Extrême-Orient, en particulier de la Chine et du Japon, au sujet de leurs procédés et de leurs résultats, je conclus à un rapprochement rationnel entre leur méthode et notre méthode européenne de l'Elongation des Nerfs.

DE L'INDICATION OPÉRATOIRE DANS LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

(Paru dans la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*. 1906. Numéros 49 et suivants.)

Dans ce travail, que j'ai appuyé de neuf faits personnels de chirurgie abdominale, à la suite de contusions à l'abdomen, je présente une étude anatomo-clinique de ces contusions, étude où les considérations cliniques sont renforcées de toute la valeur des constatations opératoires ou nécropsiques, et en laquelle mon but est de discuter surtout la thérapeutique de ces lésions. Mon argumentation porte tout particulièrement sur l'indication en elle-même de l'acte opératoire, et sur la valeur que l'on doit, oui ou non, reconnaître aux divers symptômes qu'il est classique de citer, de rechercher en pareil cas, et dans lesquels le chirurgien pourra, oui ou non, trouver une expression des lésions internes d'un pronostic grave, trouver oui ou non une indication d'intervention immédiate ou de temporisation.

De cet examen critique, de l'étude anatomo-clinique des faits nouveaux que j'apporte, je dégage, touchant l'indication opératoire, une conclusion pratique qui est tout le but de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Ce chapitre expose ce qui fut l'historique si intéressant de cette question de chirurgie, comment se formèrent les deux camps des Interventionnistes et des non-Interventionnistes, les premiers arguments des Terrier, Chaput, Gross, Vautrin, Boiffin, en faveur de la laparotomie ; et enfin la discussion mouvementée du Congrès de chirurgie de 1897, à la suite du rapport de M. Demons.

Il est évident que le traitement médical pur a certaines indications, et personne n'a jamais prétendu qu'il fallait d'emblée ouvrir le ventre à tout individu qui a reçu un choc sur l'abdomen ! et la médication classique trouve justement son emploi dans les petits faits de chaque jour... De même, tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour penser qu'on ne doit pas laparotomiser les sujets qui présentent un état de choc trop accentué, et que l'on doit avant tout, par un traitement médical approprié, relever d'abord les forces et l'état général du malade.

Mais il faut se garder d'aller trop loin dans cet ordre d'idées, c'est ainsi que l'on aboutit à la doctrine de l' « Expectation armée » de M. Delorme, doctrine dangereuse, justement critiquée en particulier par M. Demons, et laquelle du reste a perdu bien du terrain...Pas assez cependant dans l'esprit des praticiens, les faits nous le montrent trop souvent.

En 1829, Jobert (de Lamballe), dans son remarquable « Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal », parle d'opérations possibles dans les grandes contusions de l'abdomen. Plus tard Baudens revient sur cette idée, que Bouilly devait le premier exécuter chirurgicalement. C'est Moty qui obtint sur ce chapitre, en 1889, le premier véritable succès.

Dès lors, l'idée de l'intervention gagne du terrain et paraissent successivement les travaux et statistiques de Jalaguier, Adler, Vautrin, Sieur, Gachon, Petry. On alla même trop loin dans cette voie, et nous voyons, au Congrès de chirurgie de 1897, Michaux se faire le défenseur de la laparotomie d'emblée, appliquée *systématiquement* au traitement des contusions de l'abdomen. Jalaguier et Quénu, en particulier, ont heureusement réfuté les arguments sur lesquels Michaux avait établi sa théorie.

M. Guinard propose en 1896 sa « boutonnière péritonéale », simple incision exploratrice, laparotomie minime qui doit permettre le diagnostic par l'issue des gaz, des liquides, du sang, des matières fécales que contient la cavité abdominale. Cette boutonnière a été depuis justement critiquée, elle est insuffisante comme mode de diagnostic (et certains des faits personnels que je rapporte dans cette étude le prouvent clairement), elle est de plus insuffisante et gênante en cas de lésions graves, par sa situation qui peut être malencontreuse, entraîner à une plaie opératoire inutilement étendue.

C'est la laparotomie précoce qui devait rallier la majorité des chirurgiens, Terrier, Gross, Demons, etc...,non pas la laparotomie systématique d'emblée ; mais la lapa-

rotomie précoce réservée aux cas graves, et qui se montrera en ces circonstances d'autant plus efficace qu'elle aura été plus précoce.

CHAPITRE II

Mais nous disons : laparotomie précoce *dans les cas graves*. Qu'est-ce donc qui dit *la gravité* du cas en présence duquel se trouve le chirurgien ? Avons-nous les éléments d'un diagnostic des lésions permettant d'établir un pronostic réel ? On a répondu oui. Et on a décrit tel ou tel signe qui doit permettre de faire un diagnostic anatomique. Nous pensons que, trop souvent, ces signes sont infidèles, que l'un pas plus que les autres ne mérite en somme la valeur qui a pu lui être reconnue, que dans bien des circonstances en somme nous sommes dans l'impossibilité absolue de poser un diagnostic raisonné, clairement énoncé...

Un viscère est-il lésé ? Quel est ce viscère ? Quel est le degré de sa blessure ? Bien souvent nous n'en savons rien, nous n'en pouvons rien savoir et nous pensons à la faillite des signes dits pathognomoniques.

Les *vomissements* ne peuvent avoir une signification précise. Qu'ils soient hâtifs ou retardés, bilieux ou sanglants, on ne pourra jamais en conclure que l'estomac ou l'intestin est rompu; maintes contusions simples ont donné cette apparence symptomatique.

Le *ventre en bois* lui-même, qui apparaît comme un bon

symptôme de péritonite après rupture des viscères intra-abdominaux, est un signe parfois infidèle, venant en certaines circonstances à se manifester trop tard.

La *disparition de la matité hépatique* est un bon signe en faveur du progrès des lésions péritonéales infectieuses, mais ce n'est pas là cependant un symptôme pathognomonique, comme on l'a dit. Dans plusieurs cas, il a été nettement en défaut par son absence, et je rapporte dans l'observation III le fait d'un blessé qui, au troisième jour, avec une grande plaque de sphacèle et une large perforation de l'iléon, ne présentait, dans la zone hépatique, aucune sonorité anormale. L'opération fut faite tardivement et la malade succomba aux progrès de la péritonite septique.

Le *signe de Senn* a été abandonné d'un commun accord par les chirurgiens américains et européens.

Chez nous le *signe de Moty* n'a pas eu meilleure fortune pour la façon dont il est dangereux.

Les *injections d'eau, d'air stérilisé* dans la cavité des différents viscères creux intra-abdominaux sont encore moyens aléatoires et dangereux.

La *boutonnière suspubienne de Guinard* a été critiquée dans le chapitre Ier, comme insuffisante et infidèle.

Et par ailleurs nous avons repoussé la laparotomie d'emblée, systématique. N'avons-nous donc aucun point d'appui, aucune ligne de conduite? Il faut reconnaître que le chirurgien est bien souvent dans l'impossibilité réelle d'énoncer de façon ferme un diagnostic précis; et cela de par l'absence d'un symptôme ayant une valeur absolue.

Nous pensons cependant que le chirurgien a une ligne de conduite, celle qui se dégage pour lui de l'ensemble des faits, celle que lui dicte sa mentalité clinique lorsqu'elle aura abouti à une conviction intime et sérieuse, à défaut d'une certitude rationnelle.

Donc, alors même que manqueront ces grands signes qui d'habitude poussent la main de l'opérateur : dissociation du pouls et de la température, symptômes d'hémorrhagie interne grave, de péritonite par perforation, etc..., nous dirons aux cliniciens : « Attachez-vous à la recherche et à l'étude des petits faits qu'on laisse bien souvent dans l'ombre et injustement; attachez-vous à relever certains éléments de second ordre, par exemple le *point de choc*, la *direction du coup*, la *violence du coup*, la *nature et la forme de l'agent traumatisant;* attachez-vous à dépister certains indices dont chacun considéré isolément n'aura, nous le voulons bien, qu'une importance médiocre, mais dont l'ensemble motivera en vous l'inquiétude que montre en votre esprit la conviction féconde. »

Cette thèse assurément ne serait pas sans danger si on l'inculquait trop vite et imprudemment à certains esprits, mais nous entendons bien qu'on puisse, à l'époque où nous sommes, priser assez haut la personnalité du chirurgien, pour qu'on puisse s'en remettre pleinement en sa conscience et en sa mentalité clinique.

CHAPITRE III

LES FAITS CLINIQUES

Observation I

Contusion de l'abdomen, chute sur le ventre. — Rupture de la vessie, déchirure de l'S iliaque. — **Laparotomie tardive;** *le malade a été apporté à l'hôpital cinquante-huit heures après l'accident.* — **Mort.**

Dans ce cas, dont je supprime ici l'observation détaillée suivie de nécropsie, la laparotomie est tardive parce que le blessé nous est apporté au troisième jour de par la pusillanimité de son entourage.

Le diagnostic était facile et on ne pouvait méconnaître la rupture de la vessie, aussi n'avait-on pas hésité à intervenir d'emblée. Malheureusement il était trop tard : le mal nous avait « dépassé de vitesse », de par la faute des circonstances; et l'opéré, quelques heures après l'intervention, succomba à la marche fatale de la péritonite. Péritonite évoluant de pair avec une intoxication suraiguë provenant de ce que la vessie d'une part, le gros intestin d'autre part, déchirés par le traumatisme et au moment même du traumatisme (la nécropsie en particulier le démontra), déversaient dans la cavité péritonéale les urines et les matières fécales. Le cas était particulièrement grave. On a vu cependant, dans de semblables circonstances, des blessés guérir qui avaient pu être opérés de façon précoce dès la première heure.

Observation II

Contusion de l'abdomen, chute de bicyclette. — Phénomènes péritonéaux graves, éclatant brusquement après huit jours de calme. — **Laparotomie tardive.** — *Péritonite suppurée.* — *Drainage.* — **Mort.**

Le cas du malade qui fait l'objet de cette observation est des plus désorientants. Il rentre dans ce type redoutable qu'a distingué Moty dans sa classification pronostique ; les cas légers qui restent légers d'abord et deviennent subitement graves au bout de quelques jours. En effet, après la chute le calme symptomatique fut complet : le jeune homme revient en ville à pied, conduisant sa machine et faisant sans la moindre gêne deux kilomètres. Il est dirigé sur l'hôpital trois jours après seulement, et on n'observe à son arrivée aucun signe inquiétant. Il faut attendre le huitième jour pour voir apparaître et se développer rapidement des accidents péritonéaux violents. L'intervention est faite tardivement et l'opéré succombe le lendemain.

Pendant sept jours le tableau symptomatique fut nul, et ce malade portait cependant une déchirure intestinale qui se voila dans la suite d'un exsudat couenneux, mais qui, si petite qu'elle eût été, n'en avait pas moins existé.

Si le malade était entré à l'hôpital au premier jour et si le diagnostic ayant été fait avait pu, par une intervention d'urgence, voir et suturer la perforation, ce blessé eût certainement guéri.

Quelque chose eût-il pu nous mettre sur la voie du diagnostic ? Peut-être. Je veux dire la *violence du trau-*

matisme. Notons que ce malade est tombé de bicyclette à une allure vive et a reçu dans sa chute un choc rude dans le bas ventre. Cet élément de la violence du traumatisme peut à lui seul, en l'absence de tout symptôme de premier ordre, éveiller chez le chirurgien une inquiétude saine qui le pousse à opérer, et à dépister ainsi des lésions qui préparent silencieusement et sûrement un dénouement fatal.

Observation III

Contusion violente de l'abdomen. — Calme trompeur. — Accidents péritonéaux au troisième jour. — Laparotomie tardive. — *Contusion intestinale avec plaque de sphacèle et large perforation. — Péritonite généralisée. Entérorraphie. — Toilette. — Drainage.* — Mort.

Ce fait présente certains aspects qui le rendent superposable au précédent, tels que le tableau clinique et l'allure prise dans la suite par les événements. Moty les eût rangés dans la même catégorie : jusqu'au troisième jour, aucun symptôme. Les lésions de gangrène évoluaient sourdement cependant au point contus de la paroi intestinale et allaient éclater en accidents terribles et inattendus. On opère trop tard, la péritonite est généralisée et on trouve au milieu d'une plaque de sphacèle une large perforation.

Le diagnostic, tel qu'on l'établit habituellement, était ici absolument impossible. Nous dirons cependant qu'il faut tirer de ce cas comme du précédent un enseignement, le même : c'est que parfois la violence du traumatisme

et sa localisation sont signes à entraîner à eux seuls la conviction et la main du chirurgien. Il est certain, en effet, qu'un seul fait peut nous frapper dans l'histoire clinique de ces deux cas : *la violence du traumatisme.*

Dans la première partie de cette étude, nous avons fait remarquer qu'avec une péritonite généralisée, qu'avec une large perforation intestinale il n'y avait aucune sonorité hépatique. Ce signe souvent donné comme capital se trouvait ici parfaitement en défaut.

De plus, notons ceci : à l'ouverture du péritoine, au début de l'acte opératoire et malgré la large perforation de l'iléon, il ne sortit ni gaz, ni sang, ni liquide, ni matière fécaloïde; la boutonnière de Guinard se serait trouvée également dans ce cas singulièrement en défaut.

Observation IV

Contusion abdominale. — Accidents au troisième jour. — **Intervention tardive.** *— Déchirure intestinale. — Péritonite généralisée. —* **Mort.**

Cette malade ne présentait de significatif dans son exposé clinique que la violence du traumatisme. J'insiste encore sur les déductions qu'on peut tirer du fait.

Observation V

Contusion de l'abdomen par chute. — **Laparotomie précoce.** *— Déchirure des vaisseaux mésentériques, hémorragie intra-péritonéale. — Contusion du rein droit. — Drainage. —* **Guérison.**

Le blessé qui fait le sujet de cette étude présente un cas moins mauvais.

Dès le premier moment, on put facilement établir le diagnostic de contusion du rein en localisant le choc, le maximum de la douleur et en constatant la présence du sang dans les urines. La vessie était nettement exclue. L'intervention ne fut pas pratiquée d'urgence, l'état de shock étant très accentué, et, par ailleurs, malgré la présence du sang dans les urines, aucun symptôme n'indiquait un état hémorragique inquiétant et ne commandait l'intervention immédiate. La lésion du rein ne pouvait être très grave : c'est ce qui fut confirmé par l'examen direct au cours de l'opération.

Ce furent des phénomènes péritonéaux, et non des phénomènes hémorragiques qui, à leur premier éveil, entraînèrent l'intervention sans tarder. En effet, on put constater, au cours de l'intervention, des lésions de contusion intestinale qui, si elles avaient été abandonnées à leur propre évolution, auraient pu aboutir aux processus de sphacèle et de péritonite que nous avons eu à déplorer dans notre troisième observation.

L'intervention aurait-elle dû être pratiquée plus tôt ? En aucune doctrine, il ne faut avoir d'exclusivisme : nous nous sommes rallié ici, et pour un temps, à celle de Delorme; nous le devions. Nous répétons que nous ne pensons pas qu'on doive ouvrir le ventre de propos délibéré, et tout de suite, à tout individu qui a fait une chute sur l'abdomen. Et par ailleurs, si le malade qui fait le sujet de cette observation avait des urines teintées de sang, nous savons parfaitement qu'on ne fait pas une néphrectomie, à la suite de toutes les contusions qui peuvent faire saigner le rein.

Observation VI

Contusion de l'abdomen par coup de pied de mulet. — **Laparotomie précoce.** — *Contusion intestinale.* — *Péritonite.* — *Toilette péritonéale.* — *Drainage.* — **Guérison.**

Ce cas se rapproche par plusieurs points des faits qui sont relatés dans les observations III et V.

Nous avons ici, en effet, un de ces types décrits par Moty comme les plus redoutables, ceux qui laissent évoluer sous les apparences d'un calme rassurant et trompeur au début, les pires désordres. Heureusement ici, nous avons eu l'alarme à temps ; l'intervention précoce a pu, comme dans l'observation V, prévenir la gangrène qui emporta l'opéré de l'observation III.

Icit la péritonite marchait à grands pas, puisque en une nuit le tableau symptomatique avait pris les couleurs les plus sombres. Si l'on avait temporisé l'intervention, elle eût perdu ses plus nombreuses et ses plus belles chances de succès.

Observation VII

Contusion de l'abdomen par coup de pied. — **Laparotomie précoce.** — *Contusion intestinale.* — **Guérison.**

Ce fait est un de ceux, simples et brillants, où l'acte opératoire s'indique avec une clarté évidente et il est toujours suivi de succès.

En effet, tout concordait à décider l'intervention d'urgence : la violence du traumatisme, l'état de shock, les symptômes péritonéaux, la dissociation du pouls et de

la température; la douleur abdominale, sa localisation. Dans de telles conditions, la laparotomie s'imposait sans discussion possible.

Observation VIII

Contusion de l'abdomen par chute. — **Laparotomie précoce.** — *Déchirure du rein droit.* — *Hémorragie rétro-péritonéale.* — *Contusion du côlon ascendant.* — *Néphrectomie transpéritonéale.* — **Guérison.**

Ici encore le diagnostic était facile : les commémoratifs, l'état hémorragique, la localisation de la contusion, la présence du sang dans les urines, tout démontrait la rupture du rein et l'hémorragie importante et commandait l'intervention immédiate. C'est là un des cas de chirurgie abdominale qui donnent au chirurgien un résultat brillant et pour ainsi dire certain.

Observation IX

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — **Laparotomie précoce.** — *Déchirure du rein.* — *Néphrectomie.* — **Guérison.**

Dans cette observation, il s'agit également d'un traumatisme violent ayant déterminé la rupture complète de l'organe et une hémorragie grave. L'intervention fut heureusement décidée et pratiquée d'urgence et, quelques heures à peine après l'accident, le foyer de l'hémorragie était ouvert et sa source tarie.

CHAPITRE IV

Nous présentons donc dans ce travail 9 cas de chirurgie abdominale pour « contusion de l'abdomen », et sur ces 9 cas, nous euregistrons : 4 morts et 5 guérisons,

Par ailleurs, sur ces 9 cas nous cnregistrons : 4 fois intervention tardive et 5 fois intervention précoce.

Or, il se trouve précisément que ces 4 interventions tardives correspondent aux 4 cas de mort, que ces 5 interventions précoces correspondent aux 5 cas de guérison.

Cette simple constatation, assez éloquente par elle-même, se passe de tout commentaire; elle dispense d'un plus long plaidoyer et affirme plus que jamais la doctrine de la « laparotomie précoce ».

Nous convenons cependant qu'il s'agit ici d'une série particulièrement démonstrative; nous n'avons nullement l'intention de prétendre que toute intervention tardive donnera nécessairement des insuccès,que toute intervention précoce donnera nécessairement un succès. Non. Nous savons des cas heureux dans lesquels une laparotomie venue tard a cependant donné la guérison. Depuis les cas curieux de ce genre publiés en 1829 par Jobert de Lamballe, d'autres sont venus augmenter ce groupe.

Mais ce que nous tenons à déclarer, c'est que ce groupe ne peut être qu'un petit groupe, fait de quelques exceptions.

Par contre, les cas de laparotomie précoce frappés

d'insuccès existent certainement, la chirurgie, comme toute chose humaine, ne marche jamais à l'absolu. Mais si nous reconnaissons ces exemples malheureux, c'est aussi pour les considérer comme l'exception.

La grande règle établie par les faits, c'est que les blessés opérés tôt et bien guérissent.

L'exception, dans un sens ou dans un autre, est toujours l'exception et n'a aucune valeur pour infirmer la règle.

N'escomptons donc pas des succès que nous n'avons pas le droit d'attendre, et ne perdons pas un temps précieux.

Il faut opérer les grand contus de l'abdomen et il faut opérer de bonne heure. Le salut est dans la *laparotomie précoce*.

Il faut opérer tout de suite dans le plus grand nombre des cas ; la temporisation ne peut être de mise qu'en cas de shock très prononcé, réduisant à zéro les forces de réaction du blessé. Et encore ne faut-il pas confondre l'état de shock avec l'état hémorragique suraigu qui commande toujours l'intervention immédiate.

Peut-il y avoir pour le chirurgien une ligne de conduite applicable à tous les cas, une formule générale ? Non.

Que si les symptômes cardinaux des lésions viscérales graves viennent à manquer, le chirurgien devra s'appliquer à l'étude des signes de second ordre, fouiller les commémoratifs et chercher la lumière dans certains indices mêmes qui feront sa conviction et lui inspireront son devoir.

PLAIES DE L'ABDOMEN
AU SUJET DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

(*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, Février 1907, nos 6 et suivants.)

Ce travail fait suite à celui que j'ai publié antérieurement « sur l'Indication opératoire dans les contusions de l'abdomen », et il en représente la continuation logique. J'y expose, à la suite des faits nouveaux de chirurgie abdominale, des conclusions thérapeutiques faisant corps avec celles de l'étude précédente.

CHAPITRE PREMIER

Etude de la discussion qui eut lieu, sur cette matière, à la Société de Chirurgie, le 18 octobre 1905, et où prirent la parole MM. Paul Reynier, Potherat, Quénu, P. Delbet... La thèse actuelle de M. Reclus. Intérêt à ce que les médecins connaissent les déclarations que fait, en 1905, M. Reclus à la tribune de la Société de Chirurgie.

CHAPITRE II

Observation I

Coup de feu de l'abdomen. — Eclatement de la rate. — Hémorrhagie intra-péritonéale considérable. — Deux

perforations sur la face postérieure de l'estomac. — Intervention tardive. — Mort le même jour des suites de l'hémorrhagie. — Nécropsie.

Je ne rapporte ici rien de l'étude clinique de ce cas, ni des constatations opératoires, ni des constatations nécropsiques longuement décrites dans le travail original. Je ne retiendrai ici que les considérations développées ensuite au sujet de la thérapeutique suivie et imposée dans ce cas particulier par les faits.

L'acte opératoire fut tardif et incomplet.

Tardif; le blessé ne put être opéré que neuf heures après l'accident, et pendant ces neuf heures la rate déchirée, éclatée, déversa dans la cavité péritonéale une quantité de sang considérable. Il y avait donc eu hémorrhagie interne, très grave, dont témoignait du reste l'aspect clinique du blessé et dont l'opération démontra l'existence. La splénectomie d'hémostase fut faite trop tard; l'état général, trop gravement compromis par cette perte de sang, ne devait pas remonter et l'opéré mourut dans la soirée.

L'acte opératoire fut incomplet : en effet, on ne put reconnaître les deux perforations de la face postérieure de l'estomac. L'examen direct laissa passer inaperçues ces deux petites plaies; on n'avait rien vu sur la face antérieure, aisément explorée; en relevant l'estomac, l'œil ne vit rien sur toute la plus grande partie de la face postérieure présentée hors du ventre et le doigt ne sut pas reconnaître tout à fait en haut, à la partie la plus élevée

de la grosse tubérosité, les deux petites solutions de continuité qui existaient pourtant réellement.

D'autre part, la scène de meurtre avait eu lieu à minuit, après achèvement de la digestion gastrique, et aucun liquide stomacal ne se trouvait là dans l'arrière-cavité des épiploons; ce fait devait faciliter l'erreur. Cette faute-diagnostic eût entraîné dans la suite un abcès sous-phrénique plus ou moins, c'est possible, mais ce qui est certain, c'est que le blessé a succombé aux phénomènes hémorrhagiques et qu'il a été la victime des circonstances qui ont retardé de neuf heures l'opération.

Rapprochement de ce cas et de celui communiqué par M. Estor (de Montpellier) à la Société de chirurgie, le 26 décembre 1906. L'auteur intervenant dans des conditions analogues, mais *trois heures* après l'accident, eut un succès.

Observation II

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. — Hernie de l'épiploon. — Plaie du côlon transverse. — Laparotomie à la dixième heure. — Guérison.

Suivent les détails de l'observation et de l'opération.

Ici, l'indication opératoire pouvait être discutée par certains qui se fussent contentés de réséquer le lambeau d'épiploon faisant hernie, de fermer la blessure, sans laparotomiser. En effet le blessé, examiné dix heures après l'accident, ne présentait aucun symptôme inquiétant : aucun signe d'hémorragie interne, aucun phénomène de

péritonisme, pas de vomissement, et on aurait pu soutenir qu'aucun organe n'était lésé.

L'opération a montré que cette absence de symptômes masquait une blessure du côlon.

L'intervention venait même déjà un peu tard; en dix heures, des phénomènes hémorragiques, s'ils étaient déclarés, des phénomènes péritonéaux même auraient pu « gagner à la main » de façon fâcheuse. Il n'en fut pas ainsi, et l'opération vint, en fait, à temps.

Ce cas clinique confirme la doctrine de l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, et de l'intervention précoce.

Il y avait hernie de l'épiploon, la plaie était donc certainement pénétrante; nous n'avons pas hésité à opérer, et cette ligne de conduite nous a permis de découvrir une plaie de l'intestin. Ce fait est appuyé par plusieurs appartenant aux interventionnistes de la première heure.

Cette doctrine de l'intervention précoce doit achever de rallier tous les non-convaincus. En effet, l'expérience clinique montre qu'en chirurgie abdominale d'urgence pour les faits de ce genre on ne perd pas de blessés parce qu'on a opéré ou trop tôt, ou trop à fond; mais que c'est bien, au contraire, la timidité, l'atermoiement, l'insuffisance d'action en un mot, qui sont coupables des décès dans ces graves blessures.

A l'heure actuelle, nous sommes suffisamment armés chirurgicalement, au point de vue aseptique en particulier, pour pouvoir intervenir sur l'abdomen sans que l'acte opératoire en lui-même aggrave le pronostic.

Etant donné un blessé près duquel vous êtes appelé

d'urgence pour une plaie de l'abdomen par arme blanche ou arme à feu, vous pouvez établir en votre esprit le dilemme suivant : ou bien il n'y a pas de lésions importantes, ou bien au contraire la blessure a entraîné des lésions graves sur les organes intra-abdominaux.

Dans le premier cas, vous pouvez intervenir d'emblée, sans craindre d'aggraver l'état de chose : en effet, vous opérez aseptiquement, dès l'ouverture du péritoine vous vous rendez compte que sa cavité ne contient ni sang, ni liquides, ni matière fécale, ni gaz ; vous explorez rapidement les organes en les laissant en place, vous ne trouvez rien d'anormal, vous n'allez pas plus loin. Vous refermez, toujours vite et proprement ; aux lésions viscérales les moindres correspond ainsi la laparotomie minima et inoffensive.

Si, au contraire, la laparotomie prend elle-même quelque gravité, si vous êtes obligé à ces manœuvres longues et souvent périlleuses d'éviscération, de dévidage de l'intestin, d'entérorraphie, d'hémostase, etc., c'est que vous êtes en présence d'un cas grave, et grave en lui-même de par les lésions que vous rencontrez : perforations, blessures de viscères, etc. Votre intervention correspond à un cas sérieux et le pronostic primitif ne peut s'assombrir du fait de la laparotomie, — bien au contraire.

En d'autres termes : *l'importance de l'intervention étant proportionnée à celle de la blessure, on n'aggrave point le pronostic en agissant.*

On l'aggrave au contraire dans tous les cas en restant dans l'expectative, ou en agissant d'une façon incomplète.

Gardons le principe de l'intervention précoce dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

CHAPITRE III

Il est cependant quelques faits curieux qui montrent qu'en chirurgie abdominale il ne faut jamais désespérer, même dans les circonstances qui revêtent les allures les plus défavorables.

Dans certains cas où ce principe de l'intervention précoce n'a pu être respecté, on a vu des résultats surprenants, des guérisons moins brillantes et moins rapides, mais cependant des guérisons réelles. Deux cas de ce genre rapportés à la Société de chirurgie :

Le premier appartient à M. Dionis du Séjour : il s'agit d'un jeune homme blessé d'une balle de revolver dans l'abdomen, avec perforations multiples de l'intestin. L'opération, pratiquée dix-huit heures après l'accident, et « malgré la péritonite commençante », fut suivie d'un plein succès.

L'autre cas appartient à M. Potherat; coup de feu de l'abdomen, perforations multiples de l'intestin.

L'auteur, appelé 36 heures après l'accident, intervint cependant. Les suites furent excellentes, les phénomènes péritonéaux s'atténuèrent, puis disparurent, et tout était rentré dans l'ordre le plus rassurant lorsqu'apparut une complication qui emporta le malade au dix-septième jour.

Je rapporte un fait appartenant à mon maître le Pro-

fesseur Fontan, plus curieux et instructif. Il s'agit d'une guérison définitive obtenue par une intervention plus tardive encore, et à une époque où cette chirurgie abdominale ne connaissait pas les facilités des circonstances opératoires actuelles, puisque cette observation remonte à 1890.

Observation III

Coup de feu de l'abdomen. — Perforations multiples de l'intestin. — Première laparotomie au troisième jour (soixante-cinq heures après l'accident). — Hémorragie seconduire. — Fistule pyo-stercorale. — Deuxième laparotomie quatre mois plus tard. — Guérison.

On peut donc obtenir des guérisons en opérant très tard (dix-huit heures dans le cas de M. Dionis du Séjour, trente-six heures dans celui de M. Potherat, soixante-cinq heures dans celui de M. Fontan); on peut même en voir survenir en n'opérant pas du tout, cela est bien entendu. Mais disons que ce sont là des cas absolument exceptionnels, que nous devons citer pour leur rareté, et il n'en découle rien qui prévaille contre la doctrine de l'intervention, et de l'intervention précoce, dans les plaies *pénétrantes* de l'abdomen.

Nous avons rapporté la dernière observation non comme un exemple, mais comme un encouragement, afin d'inciter le chirurgien à garder quelque espérance dans les conditions et à l'heure qui doivent lui paraître les plus défavorables.

II. — GYNÉCOLOGIE

DE L'IODOFORME EN GYNÉCOLOGIE

(Société de Gynécologie, d'Obstétrique, et de Pédiatrie de Bordeaux. Juillet 1906.)

Je rapporte dans ce mémoire un cas personnel d'intoxication mortelle par l'iodoforme. Il s'agissait d'une idiosyncrasie nette chez une femme jeune à laquelle j'avais fait des pansements post-opératoires, intravaginaux avec une quantité vraiment minime d'iodoforme.

Je discute ce fait clinique, le diagnostic, les causes de la mort; et je conclus de cette étude au rejet en pratique gynécologique de l'Iodoforme dont les qualités propres ne paraissent en aucune façon compenser les inconvénients et les dangers.

Ces faits d'idiosyncrasie sont rares, puisque, dans les faits qui ont été réunis par König, l'iodoforme n'a agi comme toxique qu'aux doses de 40, 50, 80 et même 100 grammes. Ce furent donc là de vraies intoxications.

Dans l'observation publiée par Elicher, il y eut vraiment intolérance et idiosyncrasie, puisque des accidents graves se manifestèrent après une ovariotomie où le pédicule, après avoir été suturé avec soin, fut saupoudré

avec 6 grammes seulement d'iodoforme. Il est vrai que ces accidents n'aboutirent pas à la mort.

Dans la littérature médicale, on trouve donc peu de faits aussi nets que celui que j'ai rapporté ici et j'ai pensé faire œuvre utile en le versant au débat dans le procès de l'iodoforme.

L'iodoforme a-t-il véritablement toutes les vertus antiseptiques qu'on lui a prêtées? Son emploi ne présente-t-il pas d'inconvénients, de dangers? Cet agents mérite-t-il pleinement, en gynécologie aussi bien qu'en chirurgie générale, la faveur dont il jouit? Je rappelle d'abord les expériences de Heyn et de Rovsing, qui ont été les premiers à attaquer la valeur de l'iodoforme. Ces auteurs ont constaté qu'une culture pure de *Staphylococcus pyogenes aureus*, mélangée d'iodoforme, donne parfaitement des ensemencements positifs, même après un mois de contact. D'autre part, ils ont placé un tampon de gaze iodoformée dans le vagin d'une femme saine, après toilette génitale minutieusement faite au préalable : l'examen bactériologique montra plus tard ce tampon pénétré jusqu'en son centre de germes microbiens vivants.

Dans la suite, Neisser et d'autres bactériologues contrôlèrent ces expériences et en confirmèrent les résultats. Le *Staphylococcus aureus* (Lübbert, Kunz, Schnirer, Neisser), le *Streptococcus erysipelatus* (Kronecher), le *Streptococcus pyogenes* (Schreiner), le *Staphylococcus pyogenes albus*, inoculés en cultures pures ou fortement mélangées de poudre d'iodoforme, ont donné des résultats identiques.

On a attaqué la valeur de ces expériences et dit que

l'on ne pouvait établir *in vitro* comment l'iodoforme agit sur les germes microbiens au sein des tissus vivants. En effet, l'iodoforme, qui se montre en laboratoire un bien médiocre antiseptique, paraît donner dans la pratique chirurgicale des résultats indéniables, soit qu'il agisse en constituant avec la sérosité des plaies un vernis protecteur, soit qu'il se décompose sous l'influence continue de la chaleur, de la lumière, de l'eau, des bactéries des tissus vivants, en donnant de l'iode qui à l'état naissant est doué d'un pouvoir oxydant, et par là même antiseptique vraiment considérable (Neisser, Dubreuilh) : soit qu'il forme avec les ptomaïnes pyogènes un iodure qui tarirait les suppurations (Behring). Quoi qu'il en soit, dans certaine pratique chirurgicale, en particulier en présence du bacille de Koch, l'iodoforme se montre véritablement actif. Ceci est un fait qu'il faut admettre, et depuis que cet agent a été préconisé pour la première fois par Righini (1855), puis par Lister (1879), depuis qu'il a été patronné dès 1880 par Mosetig-Moorhof, il est admis qu'il est l'agent spécifique de la tuberculose chirurgicale et de la tuberculose ostéo-articulaire en particulier.

Mais si l'iodoforme paraît avoir en ce sens un pouvoir spécifique, devons-nous en généraliser l'emploi? En gynécologie, en particulier, devons-nous lui garder nos faveurs? Pour ma part, je réponds par la négative.

Je rappelle les doutes qui ont été émis sur le pouvoir bactéricide de l'iodoforme et les expériences qui ont jeté sur lui le discrédit. En tout cas, il en demeure acquis que ce pouvoir antiseptique est au moins faible (je mets toujours en dehors du débat la spécificité de l'iodoforme

vis-à-vis du bacille de Koch). De plus, je mentionne, sans y insister longuement, cette odeur si particulièrement désagréable, forte et persistante de l'iodoforme, qui constitue un ennui considérable tant pour la malade que pour le chirurgien lui-même, si bien que nombre de praticiens ont renoncé à son emploi pour ce seul motif. Si, par ailleurs, l'iodoforme se montre encore en certains cas coupable de méfaits aussi désastreux que celui que je rapporte au début de cette étude, il me semble qu'il y a là un faisceau de raisons suffisant pour légitimer son abandon systématique, au moins en gynécologie.

Il nous paraît établi que l'iodoforme est un antiseptique de pouvoir bactéricide médiocre, d'odeur fâcheuse et qu'il est coupable en certains cas d'intoxications qui peuvent être mortelles; nous proposons donc son rejet absolu en gynécologie, étant donnée surtout par ailleurs la valeur des topiques nombreux — dont l'énumération n'est pas à reprendre ici — qui peuvent, qui doivent, dans notre pratique, le remplacer avec tout avantage.

L'Obstétrique en Chine

(Communication faite à la *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*. Mars 1906, avec présentation d'instruments.)

De l'Accouchement artificiel rapide

(*Thèse de Bordeaux*, 1899. — Médaillée.)

Ce travail, qui date de 1899, est une étude personnelle, et d'un intérêt tout nouveau alors, sur une question qui fut, les années suivantes, mise à l'ordre du jour dans plusieurs Sociétés savantes.

Et nous avons eu l'honneur d'en voir les conclusions reprises et adoptées dans d'importants travaux ultérieurs.

Nous ne rapportons ici ni les débats, ni les faits cliniques qui les appuient, et donnons seulement le plan général de la thèse développée :

I. — Historique

L'Accouchement artificiel rapide est une méthode nouvelle... C'est l'ensemble synthétique d'éléments déjà connus isolément, mais non rapprochés.

II. — Définition

L'Accouchement artificiel rapide se définit : *L'extraction du fœtus par les voies naturelles ouvertes artificiellement, mais en imitant le mécanisme physiologique de l'accouchement; mise au jour rapide, l'ensemble des manœuvres ne devant pas dépasser une quinzaine de minutes.*

III. — Indications

1° Hémorrhagies mettant en péril la mère et l'enfant.

a) Par décollement du placenta normalement inséré; pendant les derniers mois de la grossesse et au cours du travail;

b) Par déchirure du sinus circulaire;

c) Par décollement du placenta vicieusement inséré;

d) Par môle vésiculaire.

2° Eclampsie mettant en péril la vie de la mère et de l'enfant : pendant la grossesse et pendant le travail;

3° Rétention d'un fœtus mort qui se putréfie;

4° Souffrance du fœtus de causes diverses;

5° Procidence du cordon irréductible; ou réductible, mais ne pouvant être surveillée;

6° Pyrexies graves chez la mère;

7° Asphyxie du sang : cardiopathiques, pneumopathiques;

8° Affections cérébrales graves;

9° Mort réelle ou apparente de la mère. — Agonie.

IV. — Manuel opératoire

Dilatation manuelle, et de préférence la méthode de Bonnaire.

V. — Comment terminer l'accouchement

a) Enfant mort : Embryotomie.

b) Enfant vivant :
- Epaule : version.
- Siège : Extraction par les pieds.
- Face : Version.
- Sommet :
  - Primipare : forceps.
  - Multipare : version.

c) Enfant non à terme : version.

La délivrance est soumise à ses règles habituelles.

V. — Résultat. — Avenir

Les faits, devenant plus nombreux, consacreront cette méthode destinée à sauver bien des vies de mères et d'enfant.

(Ces conclusions, que je formulais en 1899, et que j'ai reproduites textuellement, sont aujourd'hui pour la plupart devenues classiques.)

Cancer du col et grossesse.

(Société de Gynécologie de Bordeaux 1906.)

Communication de l'observation d'une femme atteinte d'un cancer du col de l'utérus, et qui fut examinée pour la première fois alors qu'elle était enceinte, à terme, et au début du travail.

Le cancer était typique, de la varite portion vaginale du col, très exubérant, mais ayant respecté la plus grande partie de la lèvre antérieure, n'ayant pas envahi le vagin.

La ligne de conduite suivie fut l'expectation armée, avec défensive très attentive.

Le travail progressa de façon parfaitement normale, il fut même moins long que pour les accouchements antérieurs (cette femme était III pare) et se fit sans hémorrhagie notable, sans déchirure. — Délivrance normale. — Enfant vivant, pesant 3 kilogr.

L'examen post-partum montre que le tissu néoplasique avait gardé sa situation et sa disposition anatomique première ; la lèvre antérieure avait fait tous les frais de la dilatation.

Involution cervico-utérine normale.

Ce fait grossit le nombre des preuves de la possibilité d'un accouchement sans accident, au terme, au travers d'un col néoplasique. Mais nous le donnons comme un cas particulièrement heureux et nous gardons bien d'en faire un argument en faveur de l'expectation par principe

en présence d'une femme présentant à la fois grossesse et cancer du col.

Les accidents de la grossesse : avortement, hémorrhagies, etc.

Les accidents du travail : longueur, épuisement, inextensibilité du col ; ruptures utérines, etc...

Légitimité de l'hystérectomie totale dans les cas opérables pris avant le 6e mois.

Môle vésiculaire.

(Bulletin de la Société de Gynécologie de Bordeaux, 1900.)

Je rapporte à la Société le cas d'une femme présentant pour sa dixième grossesse une môle vésiculaire de trois mois, avec accidents hémorrhagiques graves.

Expulsion partielle d'une môle non embryonnée.

Je fis un curage digital intra-utérin, terminé par Écouvillonnage. Les parois utérines ne paraissaient pas intéressées en profondeur. — Guérison.

Au sujet des résultats éloignés, je pose à la Société la question suivante. Le traitement doit-il s'arrêter? là A une échéance plus ou moins lointaine le diciduome malin doit-il être la conséquence d'une grossesse môlaire? Comment se pose la question de l'hystérectomie totale?

Suit la discussion.

Fibrome ou Grossesse?

(*Société de Gynécologie de Bordeaux.* — 1900.)

— Je rapporte devant la Société les difficultés particulières que présenta un fait, dans lequel le diagnostic fut longtemps hésitant entre la grossesse et le fibrome.

Le médecin de la malade la disait enceinte, et de six mois. — De fait, l'examen relevait les signes manifestes de de la gravidité, signes sympathiques et signes génitaux, à l'exception des bruits du cœur. — Et cet état se compliquait d'accidents hémorrhagiques.

En réalité — l'observation prolongée le démontra par la suite — il s'agissait d'un fibrome volumineux ayant pris naissance au niveau du segment inférieur. Fibrome s'accompagnant d'hémorrhagies importantes, et déterminant mécaniquement des accidents intermittents de rétention intra-utérine, des exsudations séreuses et sanglantes.

Diagnostic. — Hystérectomie consécutive.

III. — CHIRURGIE INFANTILE

Troubles trophiques dans les fractures chez les enfants.

Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. 1906. — En collaboration avec le professeur agrégé A. Venot, Bordeaux. — 1re communication : Séance du 13 février. — 2e communication : Séance du 24 avril.

Nous avons commencé la publication d'une série de travaux sur cette question particulière des troubles trophiques qu'on observe parfois dans les fractures. Si les troubles de la motricité et de la sensibilité ont été bien étudiés comme complication des fractures, et sont bien connus à l'heure actuelle, aussi bien dans leurs manifestations cliniques que dans leur mécanisme intime ; par contre, les troubles de la nutrition, plus rares, plus fugaces, ont moins attiré l'attention; on connaît peu leurs modalités cliniques, et moins encore les phénomènes intimes dont ils sont l'aboutissant.

Nous nous sommes attachés à cette étude, travail de longue haleine et dont nous n'avons publié encore que les premières données.

Je présente ici de façon succincte les premiers faits analysés.

Un jeune garçon se fait, en tombant sur le coude droit, le 18 septembre 1905, une *fracture de l'extrémité infé-*



Fig. 4. — Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, sus-condylienne transversale.

rieure de l'humérus, de la *variété sus-condylienne transversale.*

Immobilisation en extension, méthode de Laroyenne, pendant quelques jours, puis abandonnée à cause des

douleurs provoquées par cette attitude. — Immobilisation, en 1/2 flexion. — Le 25e jour, mobilisation, massage. — Radiographie prise à ce moment. (Voir figure 4) Cal vicieux, appréciable à la palpation au pli du coude.

Au 50e jour, premières constatations de troubles moteurs et sensitifs sur le territoire du médian. — Au 60e jour, l'index droit devient œdémateux, « boudiné »,



Fig. 5. — Œdème de l'index.

froid violacé. Cet état trophique s'accentue les jours suivants et se manifeste également au niveau de la phalan-

gettedu médius, de mêmeque, très légèrement, au niveau de la pulpe de l'annulaire.

Au quatrième mois seulement ces lésions commencent à s'atténuer : la sensibilité reparaît la première, puis la motricité, enfin les troubles trophiques disparaissent lentement. La photographie en fut prise en ce moment. (Voir figure 5.)

Au cinquième mois : intervention chirurgicale; résection du cal.

Au sixième mois : guérison complète.

Discussion : soulèvement du nerf médian par le cal exubérant, comme une corde de violon est soulevée par le chevalet : compression du nerf : troubles sensitifs moteurs et trophiques.

Un enfant de 6 ans, à la suite d'un traumatisme direct de la jambe droite, présente une *fracture du tibia droit :* fracture à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen, *transversale sous-périostée.* Le péroné est intact : 8 août 1905.

Immobilisation pendant 30 jours.

Commence à marcher au 60e jour. Massage.

Jusque-là on n'avait remarqué rien de particulier, et à ses premiers pas la mère constata que son enfant en marchant « se tournait le pied, et avait le pouce tout recroquevillé ».

Un mois plus tard (au troisième mois) l'enfant nous est conduit; nous constatons : fracture ancienne du tibia, sous-périostée ; cal normal, sans aucune exubérance, dif-

ficile au contraire à apprécier ; consolidation parfaite. (Radiographie. Voir figure 6.)



Fig. 6. — Fracture du tibia 1/3 inférieur, transversale sous périostée.

Muscles de la jambe légèrement atrophiés, surtout ceux de la loge antérieure.

Examen du pied au repos horizontal : rien d'apparent : extension régulière de la phalangette du gros orteil, sur la phalange.

Examen pendant la marche : légère boiterie droite. — Pose régulière du pied à terre au début du pas, mais levée irrégulière se faisant sans la flexion physiologique du pied sur la jambe ; et le pas s'achève par un mouvement d'abduction et rotation des membres en dehors ; d'où : boiterie.

De plus, si tôt que commence le jeu musculaire et la marche, le gros orteil, en situation normale au repos, prend aussitôt l'attitude représentée figure 7..., flexion complète de la phalangette sur la phalange. — Extension de la phalange sur le 1er métatarsien. — Cette attitude s'exagère au maximum à la fin du pas.



Fig. 7. — Flexion complète de la phalangette du gros orteil sur la phalange. — Attitude prise pendant la marche, s'exagerant à la fin du pas.

Examen électrique au 2 décembre 1905. « Réaction physiologique de tous les muscles de la jambe et du pied

droits sauf pour le groupe extenseur des orteils, extenseur propre du gros orteil ; ce groupe est nettement hypoexcitable, mais ne présente pas la réaction de dégénérescence. »

Examen électrique du 13 mars 1906 :

Même résultat.

Discussion pathogénique : Action musculaire : contracture des fléchissures propres du gros orteil ? Non — Amyotrophie de l'extenseur propre ? Oui.

La cause : amyotrophie primitive liée à la fracture ? Non, elle ne serait pas ainsi localisée. — Amyotrophie secondaire à une névrite ? Oui. — Névrite du nerf tibial antérieur : Pourquoi ? Influence traumatisante du cal ? Non ; la fracture est sous-périostée (radiographie), le cal est absolument plat. Névrite à distance. Troubles trophiques.

Ces phénomènes se sont amendés progressivement, pendant les mois qui ont suivi. Ils avaient presque complètement disparu au neuvième mois.

Du Sarcome chez les enfants.

(Etude étiologique)

(*Journal de médecine de Bordeaux*, octobre 1906.)

Frappé de la fréquence avec laquelle s'observe dans les services de chirurgie infantile le sarcome sous toutes ses formes, j'ai voulu me livrer à des recherches me

permettant d'établir, par des chiffres ayant une valeur statistique, la fréquence de ce néoplasme chez les enfants : fréquence absolue d'abord, puis fréquence par rapport aux principales affections chirurgicales observées chez eux, puis fréquence par rapport aux autres tumeurs, par rapport à l'âge, au sexe; et enfin j'ai tenté un essai critique sur l'évolution de ces tumeurs suivant qu'elles sont ou ne sont pas opérées.

Ce sont les résultats de ces recherches qui sont présentés ici.

Les tableaux statistiques qui ont été publiés par Gross (de Philadelphie), par Schwartz, et qui sont restés classiques, ne tranchent pas cette question de la fréquence absolue du sarcome. En effet, si le premier rassemble 148 cas de sarcome du sein, si le second réunit 196 observations d'ostéosarcome, ce côté spécial de la question n'est pas envisagé. D'autre part, les travaux de Moore, Breslau sont muets sur ce point.

Je me suis donc livré à une série de recherches à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, et j'ai pu faire un relevé statistique de toutes les entrées qui ont eu lieu à l'hôpital, de toutes les affections qui ont été traitées dans les services de chirurgie et dans le service d'ophtalmologie, pendant la période de ces dix dernières années. J'ai pu réunir un ensemble de 5.329 cas, qui se répartissent comme il est indiqué dans le tableau suivant :

Tableau statistique donnant la fréquence absolue et relative du Sarcome chez les Enfants

NATURE DE L'AFFECTION	NOMBRE	POURCENTAGE
Sarcome	31	0.58
Exstrophie de la vessie	3	0.05
Maladie de Little	6	0.11
Kyste hydatique du foie	6	0.11
Tumeurs bénignes	21	0.39
Mastoïdite	43	0.80
Prolapsus rectal	45	0.84
Myopathie. Paralysie infantile	48	0.90
Appendicite	78	1.4
Brûlures. Cicatrices vicieuses	111	2.08
Ostéomyélite	123	2.3
Affections du canal vagino-péritonéal	340	6.3
Adénites. Abcès. Phlegmons	425	7.9
Malformations congénitales	460	8.6
Tuberculose ostéo-articulaire	625	11
— ganglionaire	150	2.8
— abdominale	23	0.43
Traumatismes divers	734	13
Affections de l'œil	928	17
Divers	1.128	»
TOTAL	5.329	

Ces chiffres représentent le nombre des enfants qui, pendant la période de ces dix dernières années, ont été effectivement hospitalisés; il n'est aucunement question de ceux qui ont été simplement vus ou suivis à la consultation.

FRÉQUENCE ABSOLUE

Dans cette longue et nombreuse série, la fréquence absolue du sarcome est telle que, sur 5.329 enfants amenés à l'hôpital pour une affection chirurgicale, 31 étaient porteurs de sarcome; ce qui donne un pourcentage de 0,58 o/o. Ce chiffre démontre une fréquence du sarcome plus grande certainement que la plupart des esprits ne le supposaient.

Si, sur 200 enfants traités dans les services de chirurgie, un au moins y est conduit pour une affection sarcomateuse, nous sommes pleinement autorisés à penser *a priori* à cette possibilité, à compter avec elle. Le sarcome nous apparaît donc comme relativement fréquent chez les enfants, et il nous semble qu'il y a là une notion saine et fructueuse qui doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien d'enfants.

FRÉQUENCE RELATIVE PAR RAPPORT AUX PRINCIPALES AFFECTIONS CHIRURGICALES INFANTILES

Dans cette série de faits cliniques dont nous avons relevé le groupement, nous voyons que le sarcome a occupé une place relativement importante. Le kyste hydatique du foie, la maladie de Little, l'exstrophie de la ves-

sie, ont été représentés par quelques cas bien peu nombreux et d'un pourcentage que celui du sarcome a dépassé de beaucoup.

Les affections de la mastoïde, que l'on considère comme si fréquentes dans l'enfance, figurent pour 0,80 o/o, un peu plus seulement que le chiffre du sarcome. De même le prolapsus du rectum, celui, bien entendu, qui légitime l'entrée et le traitement à l'hôpital.

En dépit de la période que nous considérons dans notre étude de 1897 à 1906, nous voyons le diagnostic *appendicite* figurer seulement pour 78 cas, soit un chiffre de 1, 4 o/o. Ceci est fait pour nous surprendre ; nous aurions pensé, dans cette période chirurgicale où les esprits ont été appelés à tant de discussions sur cette matière, trouver l'appendice incriminé beaucoup plus souvent, surtout par rapport au sarcome ; les chiffres nous montrent cependant que les petits malades hospitalisés pour appendicite n'ont été que trois fois plus nombreux que ceux qui ont été hospitalisés pour tumeur sarcomateuse.

Les brûlures et cicatrices vicieuses, qui sont si fréquentes dans les hôpitaux d'enfants, figurent avec le chiffre 2,08 o/o. Nous voyons près de ce groupe celui des ostéomyélites avec le chiffre de 2,3 o/o ; c'est-à-dire que pour 4 ostéomyélites opérées à l'hôpital il est entré dans les salles 1 sarcome.

Les groupes des affections du canal vagino-péritonéal, des adénites, phlegmons et abcès, des malformations congénitales surtout, entrent en ligne avec un bilan con-

sidérable, et laissent très loin derrière, comme c'était prévu, le petit chiffre des sarcomes.

La tuberculose chirurgicale infantile figure pour un chiffre très important. Mais remarquons bien que si la tuberculose ostéoarticulaire s'est présentée dans la proportion de 11 o/o, la tuberculose ganglionnaire ne figure que pour 2 o/o, et la tuberculose abdominale pour 0,43 o/o. Nous avons donc trouvé dans les salles hospitalières plus de sarcomes que de péritonites tuberculeuses.

FRÉQUENCE RELATIVE PAR RAPPORT AUX AUTRES TUMEURS

Nous n'avons relevé aucune tumeur de la série des épithéliomas. Ceci vient confirmer la notion déjà bien acquise et classique que l'épithélioma est absolument exceptionnel chez l'enfant.

Les tumeurs bénignes sont assez nombreuses, nous en relevons 21 cas, qui peuvent se sérier de la façon suivante :

Angiome	5
Lymphangiome	3
Lymphadénome	1
Enchondrome	3
Adénome	1
Fibrome	2
Tumeur congénitale	3
Botryomycome	3
Total	21

Ce chiffre des tumeurs bénignes est notablement inférieur à celui des tumeurs malignes. Contre 21 tumeurs

bénignes diverses, nous trouvons 31 sarcomes; il découle de cette constatation que, pendant ces dix années, sur les 5.329 enfants hospitalisés à Bordeaux, le néoplasme malin du premier âge a été vu avec une fréquence supérieure d'un tiers à celle des néoplasmes bénins.

FRÉQUENCE PAR RAPPORT A L'AGE

Par rapport à l'âge nous avons trouvé les chiffres suivants :

De 0 à 18 mois	1
De 18 mois à 5 ans	11
De 5 ans à 15 ans	19
Total	31

Si donc Schwartz a pu écrire dans sa thèse d'agrégation que le sarcome des os est « excessivement rare dans l'enfance jusqu'à dix ans », nous ne penserons pas de même pour ce qui est du sarcome considéré d'une façon générale. Il nous apparaît comme excessivement rare dans la toute première enfance, puisque nous n'avons pu en relever qu'une observation avant dix-huit mois, mais de dix-huit mois à cinq ans, cette rareté fait place à une fréquence relative, puisque nous avons réuni 11 observations.

Il semble même que ce soit cette période de dix-huit mois à cinq ans qui représente le maximum de fréquence pour le sarcome chez les enfants.

FRÉQUENCE PAR RAPPORT AU SEXE

Nous arrivons à un résultat analogue à celui qui a été

enregistré par Schwartz. En effet, cet auteur, sur 196 faits de sarcome des os, a trouvé 122 fois le sexe masculin et 74 fois le sexe féminin. Dans notre étude, nous relevons :

Garçons	21
Filles	7
Sexe non indiqué	3
Total	31

Et nous concluons à une prédisposition notable du sexe masculin au développement du sarcome en général.

Ceci s'explique sans doute par le fait que les garçons sont exposés plus que les filles aux traumatismes de toutes sortes, et nous savons à l'heure actuelle quel rôle joue souvent le traumatisme dans la pathogénie du sarcome.

SIÈGE DU SARCOME

Os	Maxillaires	6	
	Squelette des membres	6	
	Squelette de la face	1	
			15
Reins		4	
Face (parties molles)		3	
Testicule		1	
Parotide		1	
Mésentère		1	
Utérus		1	
Globe de l'œil		5	
			16
Total			31

Dans ce tableau, figure en tête le groupe des ostéosarcomes avec le chiffre de 15, et nous notons cette fré-

quence de la localisation du sarcome sur les os. Il se développe avec une fréquence à peu près égale sur le squelette et au niveau des parties molles, puisque, pour 15 localisations sur les os, nous en trouvons 16 sur les différents autres tissus de l'économie. Les sarcomes du rein sont toujours relativement fréquents, nous en relevons 4 ; de même 3 développés au niveau de la face aux dépens des parties molles.

Les tumeurs du globe de l'œil figurent ici pour 5, qui se dénombrent en 4 gliomes de la rétine et 1 myxosarcome du nerf optique. Nous avons suivi ici les données encore classiques en considérant le gliome de la rétine comme un angiosarcome tubuleux (Rabin-Virchow).

TERMINAISON

Il est difficile, dans la clientèle hospitalière, de pouvoir suivre les malades qui ont séjourné à l'hôpital, qui y ont été opérés; néanmoins, nous avons pu retrouver des documents sur le plus grand nombre des enfants qui ont été traités à l'hôpital pour sarcome et nous les rassemblons dans le tableau suivant :

OPÉRÉS		
Guérison	15... (?)	
Statu quo	2	
Décès	7	
Perdu de vue	1	
		25
NON OPÉRÉS		
Guérison	0	
Statu quo	1	
Décès	4	
Perdu de vue	1	
		6
Total		31

Nous donnons ces chiffres à titre d'indication, sans prétendre y trouver une conclusion qui ait une portée clinique absolue. En effet, dans toute cette étude, nous raisonnons sur des chiffres et non sur des cas cliniques, par conséquent nous ne pouvons pas établir dans quelle mesure nous devons suivre ou ne pas suivre l'exemple des chirurgiens qui ont opéré. Cependant, leur chiffre de guérison paraît encourageant; il est juste de préciser que dans ces 15 sarcomes guéris par le couteau rentrent 4 épulis des mâchoires et 4 gliomes de la rétine; or, nous savons que dans ces cas l'extirpation totale, l'énucléation de l'œil donnent une guérison non seulement opératoire, mais vraiment chirurgicale. Il reste 7 cas dans lesquels l'intervention a été suivie de guérison durable, maintenue pendant les années qui ont suivi. Le chirurgien peut-il se laisser décourager par le chiffre des décès, 7 cas, que le traitement radical n'a pu éviter? Nous ne le pensons pas, et les résultats lamentables qui figurent au chapitre des non-interventions sont faits pour nous confirmer dans cette idée.

Nous n'avons pas voulu, dans le cours de cette étude, envisager les faits au point de vue clinique, pas plus que nous n'avons voulu nous laisser entraîner, sur ce sujet, à certaines considérations, intéressantes il est vrai, mais autres que celles qui découlaient strictement de nos recherches.

Phlegmon de l'orbite chez le nouveau-né, d'origine obstétricale.

En collaboration avec M. E. Aubaret. *Revue de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie de Bordeaux*. 1900.

Il s'agit d'un phlegmon de l'orbite accompagné de sinusite maxillaire, et observé chez un nouveau-né de quelques jours, à la suite d'un accouchement au forceps en prise fronto-mastoïdienne de Budin. — La cause première est une fracture de l'unguis et des parties osseuses voisines, avec attrition des parties molles, sous l'influence traumatisante du bec de la cuillère du forceps. Le petit hématome sous-cutané s'est infecté et a été le point de départ des suppurations orbitaires et sinusiennes.

Grâce aux lésions du squelette de la face, l'évolution du pus s'est faite vers les fosses nasales; le propagation en arrière vers les méninges et les sinus crâniens a donc ainsi été évitée.

L'enfant guérit.

Réserves qui doivent être faites, au sujet de la vision ultérieure, au sujet des états lacrymaux latents.

Considérations chirurgico-obstétricales.

TABLE DES MATIÈRES

Poitiers. — Imprimerie BLAIS et ROY, 7, rue Victor-Hugo.